



Konsensuspapier

zum interdisziplinären Experten-Roundtable
chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED)

**Die integrative Therapie von CED –
Der Einsatz eines pflanzlichen Myrrhe-Arzneimittels**



Myrrhe bei Diarrhoe und Spasmen

Das Myrrhe-Präparat setzt die Gastroenterologin besonders bei CED-Patienten ein, die unter Diarrhoen und/oder Spasmen leiden, sowohl bei Colitis ulcerosa als auch bei Morbus Crohn. Liegen hingegen Stenosen vor, verordne sie es nicht, einfach prophylaktisch, damit der Stuhl nicht zu fest werde.

Bregenzer wies auch darauf hin, dass ein Teil ihrer CED-Patienten zusätzlich eine Reizdarmproblematik aufweise. „Bevor man hier therapeutisch eskaliert und noch ein Immunsuppressivum gibt, ist auf jeden Fall vorher ein Versuch mit der Myrrhe-Arznei eine Option. Bevor ich diesen Patienten also noch mehr potenzielle Nebenwirkungen zumute, versuche ich es immer erst mit Phytotherapie.“ Bei der Myrrhe sei besonders die spasmolytische Wirkung in Kombination mit antientzündlichen Eigenschaften bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen interessant, denn die Patienten leiden oft unter Tenesmen. Auch die Fähigkeit der Myrrhe, die Darmbarriere zu stabilisieren und sie vor schädlichen Einflüssen durch das entzündungsfördernde Zytokin TNF_{α} zu schützen, mache sie zu einer interessanten Therapieoption bei CED.

Wie Beer sieht auch Bregenzer die Kostenübernahme für pflanzliche Arzneimittel durch die GKV als ein Problem. „Da haben wir ganz klar eine Zwei-Klassen-Medizin. Die, die es sich nicht leisten können, die bräuchten oftmals pflanzliche Arzneimittel am dringendsten – das ist leider ein echtes System-Problem.“

„Ich verwende Myrrhinil-Intest vorwiegend zur Therapie des leichten Schubes der CED. Bei der Colitis ulcerosa kombiniere ich es meist mit Mesalazin und behandle die Patienten remissionserhaltend dann mit Mesalazin niedrigdosiert weiter.“



PD Dr. med. Nicole Bregenzer

Ein ähnliches Arbeitsspektrum wie Klinikmediziner Beer hat **Dr. med. Michaela Moosburner**, Gastroenterologin, Chefärztin, Krankenhaus für Naturheilweisen, München. In ihrer internistischen Akutklinik betreut das Ärzteteam sowohl CED-Patienten im akuten Schub als auch in Remission, „die bei dauerhafter Beschwerdefreiheit eine Veränderung in ihrem Therapieschema wünschen oder unter der bestehenden Medikation nicht symptomfrei sind. Dafür brauchen wir Zeit, die uns die stationäre ‚naturheilkundliche Komplexbehandlung‘ einräumt.“ Das gleiche gelte im Übrigen auch für Reizdarmpatienten. „Wir setzen bei beiden Indikationen Myrrhinil-Intest ein.“



Im Fokus: Patientenwunsch

Für Moosburner war neben den Erfahrungen ihrer Vorredner wichtig, auf einen weiteren essenziellen Aspekt der Therapie hinzuweisen: „Von grundsätzlicher Relevanz ist in allen Fällen der Patientenwunsch. Es nutzt nämlich nichts, wenn ich den Patienten einstelle, aber er lehnt die Therapie ab, weil er davon nicht überzeugt ist – dann nimmt er das Medikament nicht ein.“ Auf den ärztlichen Fortbildungen habe man gelegentlich den Eindruck, es gehe bei CED nur noch um Biologicals & Co., „was aber an der täglichen Praxis vorbei geht, denn nicht alle Patienten weisen einen komplizierten Verlauf auf. Und die Patienten fragen häufig nach wirksamen Phytopharmaka.“

Die Münchener Medizinerin wies darüber hinaus auch darauf hin, dass der Grat zwischen Über- und Untertherapie ein sehr schmaler sei, „dessen muss man sich besonders bei CED bewusst sein, sowohl ambulant als auch im stationären Bereich. Was wir auf keinen Fall wollen, das ist eine Untertherapie, denn dann kann der Patient irreversible strukturelle Läsionen entwickeln – aber genau diese Fisteln, Abszesse und besonders Stenosen wollen wir verhindern. Hinzu kommt bei Untertherapie als Folge der chronischen Entzündung ein deutlich erhöhtes Karzinomrisiko.“

Aber auch am anderen Ende der Skala, bei Übertherapien, beispielsweise mit Biologicals und Azathioprin können schwere infektiöse Komplikationen auftreten. Hinzu kommt: „Die Verträglichkeit ist teilweise nicht gut. Auch Langzeitfolgen der Immunsuppression wie Lymphome stehen in der Diskussion.“

Ziel: Mittelweg zwischen Über- und Untertherapie finden

Moosburner konstatiert: „In diesem Spannungsfeld zwischen Über- und Untertherapie bewegen wir uns. Wenn wir also Patienten haben, die trotz Azathioprin nicht beschwerdefrei sind, dann gebe ich ihnen nicht sofort ein Biological, sondern versuche erst einmal komplementärmedizinisch, z.B. mit adjuvantischem Myrrhinil-Intest, die Symptomfreiheit zu erreichen. Bestenfalls benötigen sie dann keine weitere Therapieintensivierung. Die Option, bei fehlender Wirksamkeit auf ein Biological zu wechseln, habe ich immer.“ Generell sinnvoll sei es, Patienten integrativ zu behandeln. „Auch bei Patienten, die Nebenwirkungen der Immunsuppression spüren, die aber nicht im Labor messbar sind, die also über `subjektive Intoleranzen` klagen, sind Phytotherapeutika eine gute Indikation.“ Dann gebe es auch noch diese „speziellen“ CED-Patienten, die eine konventionelle Therapie trotz intensiver Aufklärung strikt ablehnen. Auch hier sind bewährte Naturheilverfahren Mittel der Wahl, insbesondere Phytotherapeutika, sie haben eine sehr hohe Akzeptanz, das ist wiederum gut für die Compliance“, erklärte Moosburner.

Generell schaue sie sich immer genau an, welche Konstitution die Patienten aufweisen, „was können wir ihnen zumuten, was nicht.“ So sei beispielsweise die moderate Ganzkörperhyperthermie bei CED-Patienten in Remission eine gute Therapieoption zur Immunmodulati-

on – aber nicht für alle die richtige Wahl. „Das ist relativ anstrengend, die Wärme muss man tolerieren können. Prinzipiell haben wir damit im Langzeitverlauf aber sehr gute Erfahrungen gemacht.“ Wie bei Reizdarmpatienten gebe es auch bei der CED-Therapie kein Schema F. „Daher ist es gut, dass wir hier aus dem breiten Therapiespektrum der komplementärmedizinischen Methoden schöpfen können, um so genau die richtige Kombination an Maßnahmen für jeden Einzelnen individuell zusammenzustellen.“

„Sowohl für die unterstützende Behandlung eines akuten Krankheitsschubes wie auch als remissionserhaltende Therapie kommen Phytotherapeutika bei uns häufig zum Einsatz. Ergänzend zur Standardmedikation hat sich bei Colitis ulcerosa mit Diarrhoen oder breiigen Stühlen die Gabe von Myrrhinil-Intest sehr bewährt. Grundsätzlich hilft das Präparat gut bei Diarrhoe, da verordnen wir es häufig.“



Dr. med. Michaela Moosburner

Interdisziplinärer Expertenkonsens

„Da kann man als reiner Schulmediziner schon ein wenig neidisch werden, wenn man all diese verschiedenen komplementärmedizinischen Maßnahmen sieht, auch hinsichtlich Hinwendung und Zuwendung. Im klassischen Krankenhaus gibt es Medikamente und in der Regel war es das. Aber gerade die persönliche Aufmerksamkeit für den Patienten, die ist für die Chroniker immens wichtig“, resümierte Madisch. Langhorst ergänzte: „In den Leitlinien CED haben wir einen eigenen Bereich Komplementärmedizin definiert, ich leite diese Arbeitsgruppe zusammen mit Prof. Jürgen Stein, Leitender Arzt Gastroenterologie, Krankenhaus Sachsenhausen. Hier enthalten sind beispielsweise Aspekte zur Mind-Body-Therapie, also Lebensstilaspekte zur Verbesserung der Lebensqualität, Akupunktur und verschiedene Phytopharmaka. Komplementärmedizin ist hier als Ergänzung gedacht, sie ist in den Leitlinien nicht das `Kerngeschäft`. Es geht einfach darum, den Köcher mit mehr Pfeilen zu füllen, damit wir noch individueller und genauer therapieren können. Momentan ist u.a. der Flohsamen enthalten. Bei Myrrhinil-Intest sind gerade die neuen Studien ein Argument, es künftig hier stärker zu berücksichtigen. Ob es zu einer Empfehlung kommt oder nur ein offenes Statement, also ein `kann eingesetzt` wird, das werden wir bald sehen.“

Im Fokus: Als Add-on in Remission

Madisch formulierte die derzeit entscheidenden Fragen wie folgt: „In welchen klinischen Situationen kommt es zum Einsatz von Myrrhinil-Intest? Wie können wir den noch nicht phyto-affinen Kollegen nahe bringen, bei welchen CED-Patienten es indiziert ist?“ Er sehe das pflanzliche Kombinationspräparat primär als Add-on zu Mesalazin.